

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895.

THÈSE

N°

97

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 27 Décembre 1895. à 1 heure

PAR

Jean MOLINIÉ

Né à Sévérac-le-Château (Aveyron), le 10 Juin 1868

DES

VÉSICULES ABERRANTES

DANS

LE ZONA

Président : M. FOURNIER, professeur.

Juges : { MM. STRAUS, professeur.
LETULLE et GAUCHER agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895.

THÈSE

N°

97

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 27 Décembre 1895. à 1 heure

PAR

Jean MOLINIÉ

Né à Sévérac-le-Château (Aveyron), le 10 Juin 1868

DES

VÉSICULES ABERRANTES

DANS

LE ZONA

Président : M. FOURNIER, professeur.

Juges : MM. LETULLE et GAUCHER agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....M.	BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHEL.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTHIER.
Histoire naturelle médicale.....	N.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale..... }	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.....	FOUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....	LABOULBÈNE.
	STRAUS.
Clinique médicale..... }	SEE (G.)
	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	TILLAUX.
Clinique chirurgicale..... }	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchement.....	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires :

MM. SAPPEY, PAJOT.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEY.	RICARD.
ALBARAN.	HARTMANN.	ROGER.
ANDRÉ.	HEIM.	SEBILLEAU.
BAR.	LEJARS.	THIERRY.
BONNAIRE.	LETULIE.	THOINOT.
BROCA.	MARFAN.	TUFFIER.
CHANTEMESSE.	MARIE.	VARNIER.
CHARRIN.	MENETRIER.	VILLEJEAN.
CHASSEVENT.	NELATON.	WALTER.
DELBET.	NETTER.	WEISS.
GAUCHER.	POIRIER, chef des	WIDAL.
GILBERT.	trav. anatomiques.	WURTZ.
GILLES DE LA TOURETTE.	REITTERER.	

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

M. ARMAND CABIRON

Docteur en médecine de la faculté de Montpellier

ET A LA MÉMOIRE

DE MA GRAND'MÈRE MATERNELLE

A MA MÈRE

Hommage d'indicible affection

A MES TANTES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR FOURNIER

Médecin de l'hôpital Saint-Louis
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

A M. LE DOCTEUR PÉAN

Chirurgien des hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur
Fondateur de l'hôpital International

A M. LE DOCTEUR LANCEREAUX

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Médecin des hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

A M. LE DOCTEUR HANOT

Professeur agrégé de la Faculté de Médecine
Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

La soutenance d'une thèse inaugurale fournit à l'étudiant parvenu au terme de ses études l'occasion d'adresser aux maîtres si éclairés de la Faculté et des hôpitaux tous ses remerciements. Nous ne saurions nous soustraire à un usage, qui nous permet d'exprimer officiellement toute notre reconnaissance.

Nous n'oublierons jamais les leçons théoriques et pratiques, qui nous ont été prodiguées dans les salles de cours de l'école ; les conseils bienveillants et les précieuses indications, qui ne nous ont certes jamais manqué dans les hôpitaux.

Nous tenons à rendre tout d'abord hommage à M. le Docteur Péan dont en première année d'études, nous suivions déjà les magistrales leçons cliniques de Saint-Louis et qui a bien voulu plus tard durant plus d'une année nous accueillir à l'hôpital International au nombre de ses assistants.

Nous ne saurions trop remercier MM. les Professeurs Duplay et Berger, dont nous avons successivement suivi le service. M. le Docteur Hanot nous a fourni les premiers éléments de la science en médecine, appuyant surtout son enseignement sur l'importance d'un examen clinique

méthodique et nettement détaillé. Nous prions le maître de l'hôpital Saint-Antoine de vouloir bien agréer l'expression de notre gratitude.

Pendant une année et demi nous avons à l'Hôtel-Dieu travaillé sous la direction de M. le Docteur Lancereaux et nous ne saurons jamais trop témoigner de reconnaissante admiration au clinicien, pour qui la vérité exactement démontrée au laboratoire ou au lit du malade l'emporte toujours sur la notion classique parfois erronée.

Nous tenons surtout à remercier M. le Professeur Fournier du grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.



ETUDE SUR L'EXISTENCE DES VESICULES ABERRANTES DANS LE ZONA

I

Considérations Générales

*sur l'étiologie et la pathogénie du Zona. — Caractères
de l'éruption. — But de notre travail.*

Sous le nom de Zona, d'Herpès zoster.... les auteurs désignent une affection caractérisée par l'apparition sur le revêtement cutané d'un plus ou moins grand nombre de vésicules à marche aiguë, disposées par groupes sur des surfaces toujours enflammées, suivant la direction et la distribution des trajets nerveux et sauf de très rares exceptions n'occupant qu'un seul côté du corps. Cette éruption ordinairement précédée de symptômes généraux, que nous pouvons détailler dans ce travail, est très souvent aussi, sinon constamment accompagnée ou suivie à échéance variable de douleurs névralgiques.

Les zonas seraient de deux sortes.

Il est en effet des éruptions zostériennes qui, affectent comme l'ont démontré M. le Professeur Landouzy et Monsieur Gaucher (de Lyon) les allures d'une maladie Générale infectieuse se montrant peut-être chez des individus prédisposés. En 1889, MM. Letulle et Dreyfous s'inspirant des remarquables travaux de Neumann à propos de la paralysie faciale établissent le rôle de l'hérédité nerveuse dans la pathogénie de l'herpès zoster. Cette remarque a d'autant plus de valeur que les paralysies des muscles innervés par des nerfs malades peuvent survenir à la suite du zona : paralysie de la vessie à la suite d'un zona du périnée et de la verge (David Izon), paralysie du bras, de la face, etc... suivant la localisation.

M. Landouzy invoque à l'appui de la théorie infectieuse la non-récidivité, le caractère parfois épidémique de l'affection. D'autre part M. Boulanger dans sa thèse intitulée : *Du Zona infectieux* appuie les dires du précédent auteur, puis il tire argument de certaines lésions manifestes des ganglions nerveux et conclut en faveur d'une neuropathie ganglionnaire due à la présence d'un micro-organisme spécifique. Un avis tout personnel est que, les récentes découvertes relatives aux toxines microbiennes pourraient jeter un jour nouveau sur cette étiologie et cette pathogénie encore bien obscures.

Il deviendrait peut-être possible d'expliquer les phénomènes généraux symptomatiques observés dans le zona, le poison bactérien mis en cause se fixant d'autre part tout particulièrement sur des éléments spéciaux du système nerveux, sur les terminaisons nerveuses ou sur les ganglions par exemple. L'éruption se manifesterait selon la distribution d'un département ner-

veux de moindre résistance. L'hérédité de son côté jouerait son rôle ordinaire dans la prédisposition des individus.

A côté de ce premier type zostérien ou zona idiopathique il existe des lésions identiques par leur aspect objectif, mais différentes par leur nature, auxquelles les auteurs réservent le nom de zonas secondaires ou d'éruptions zostériformes. Ces formes sont liées à des altérations nerveuses centrales ou périphériques constatables ou bien dues à des névroses nettement révélées et même à des intoxications.....

L'hypothèse d'un zona de cause cérébrale est très séduisante au premier abord, malheureusement les cas présentés par Charcot, par Weiss, par Leudet ne sont probants en aucune façon, comme le fait remarquer Berbez.

L'existence du zoster de cause spinale n'est plus aujourd'hui contestée ; le tabès (Charcot et Vulpian), la tuberculose méningo-myélitique de Barié, les paralysies ascendantes sont des causes incontestables, qui mettent d'accord tous les auteurs.

Le zona de cause névritique serait le plus fréquent. Les névrites congestives et par compression (cal, carie vertébrale, ostéo-périostite, tuberculose des côtes, cancer du pōumon) sont fréquemment mises en avant. »

Les travaux de Barié et surtout la thèse de Levaux ont bien démontré la fréquence du zona chez les tuberculeux et ont complété nos connaissances sur la pathogénie de l'éruption zostériforme dans ce cas, en nous montrant les lésions des nerfs qui correspondent au siège cutané de l'éruption.

Le zona par intoxication n'est pas encore établi d'après

Berbez sur des bases sérieuses. Dans tous les cas il ne se produirait que par l'intermédiaire d'une névrite. Le plomb, l'arsenic, l'oxyde de carbone ont été incriminés.

Quant aux zonas traumatiques mis en évidence par Verneuil, Charcot, Bouchard et Fabre, ils ne se comptent plus.

Ajoutons qu'il n'est pas rare d'observer le zoster chez des sujets atteints de névroses. Le zona hystérique a été étudié tout récemment par l'Ecole de la Salpêtrière.

Après cet exposé en présence de ce dualisme généralement admis, nous nous sommes demandé, s'il ne serait pas possible de réunir en un seul type les deux variétés zostériennes sous l'égide de la théorie infectieuse. En effet la lésion centrale ou périphérique, l'intoxication ou la névrose pourraient bien n'être que des causes occasionnelles pour le développement de l'affection ; l'agent infectieux restant le vrai point étiologique. Le fait d'un zona dit traumatique semble bien appuyer cette dernière opinion ; Verneuil a longuement insisté sur l'influence d'un traumatisme antérieur dans la localisation de la tuberculose. Le maître, dont le monde médical déplore la mort toute récente, rappelait dans une de ses dernières leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu « les surprises du microbisme latent » les hauts faits de ces micro-organismes, dont la virulence longtemps compensée dans l'économie humaine s'exalte tout à coup du fait d'un traumatisme ou d'une lésion nouvelle, ancienne même mais alors souvent aggravée.

En matière scientifique une simple hypothèse, si elle peut ouvrir la voie à de nouvelles recherches, ne peut entrer en ligne de compte pour une conclusion. Nous en

restons donc à la division déjà énoncée entre les zonas infectieux et les éruptions zostériformes ou zonas secondaires.

La pathogénie du zona idiopathique est peu connue; la théorie des nerfs trophique et la théorie vaso-motrice sont à l'ordre du jour.

L'explication par l'action trophique des nerfs sensitifs imaginée par M. Mayet (de Lyon) est peu admise : Vulpian lui a en vain prêté l'appui de sa grande autorité.

Les recherches nombreuses auxquelles la névrite a donné lieu, ont fait admettre aujourd'hui la théorie de la névrite propagée du tronc nerveux primitivement atteint aux vaisseaux cutanés.

Dans l'état actuel de la science, il est fort difficile de préciser la nature exacte de la lésion originelle et même le point de départ exact de la lésion quelle quelle soit. Souvent, nous l'avons déjà dit, les ganglions spinaux sont pris; mais souvent aussi le plus minutieux examen ne révèle rien d'anormal dans leur structure.

Berbez serait tenté (et les faits mis en évidence par les partisans de la doctrine des lésions périphériques ne tendent pas d'après cet auteur à démentir l'avis) de croire que les troubles cutanés ont leur origine dans une lésion spinale de nature fonctionnelle.

La théorie parasitaire rallie aussi de nombreux suffrages.

MM. Letulle et Dreyfous pensent que la pathogénie du zona est la suivante : sur un terrain préparé par l'hérédité nerveuse se développerait facilement une névrite spécifique, spécifique pour mieux dire, de nature infectieuse.

Avec ces derniers auteurs nous voici revenus aux idées de M. Landouzy c'est-à-dire à la fièvre zoster, entité morbide distincte, générale et infectieuse.

Au point de vue de la distribution locale du zona voici quels sont les caractères généraux indiqués par les auteurs, Nous n'insistons pas sur les signes normaux de l'élément : plaque érythémateuse d'un rouge clair ou foncé, parfois hémorrhagique, sur laquelle se développent, sauf dans les cas peu prononcés des vésicules isolées, cohérentes ou confluentes. Ces vésicules se dessèchent et disparaissent rapidement ; à la croutelle succède une macule, qui s'efface petit à petit sans laisser de trace. Elles peuvent aussi être le centre d'une plaque plus ou moins étendue de sphacèle qui laissera plus tard une cicatrice indélébile. Assez souvent leur contenu est hémorrhagique ; il peut alors suppurer et parfois même chaque vésicule devient le point de départ d'une ulcération ou d'une gangrène plus ou moins étendue.

Ces lésions, d'après la plupart des auteurs seraient situées sur le trajet des nerfs. C'est ainsi que Berbez résumant les caractères du zona intercostal écrit : « A son degré le plus atténué ce zona consiste en vésicules siégeant le long des nerfs intercostaux et se montrant surtout par groupes aux points d'émergence des nerfs. Dans d'autres cas il s'agit de bandes rougeâtres dessinant les espaces avec renforcement aux points d'émergence. »

Mais M. le professeur Potain fait remarquer avec raison dans une leçon encore récente, que ce n'est pas tant du trajet nerveux, dont il faut tenir compte, que de la distribution du nerf aux téguments. Nous aurons l'occasion au cours d'une des observations transcrites plus loin de

noter que certains zonés intercostaux ne dessinent nullement le trajet de l'espace intercostal. Dans les cas auquel, nous faisons allusion, l'éruption située sur le territoire du 8^e nerf intercostal, partant en arrière de la 8^e apophyse épineuse dorsale était presque horizontale, elle formait une bande demi-circulaire ; l'espace intercostal auquel on aurait pu rattacher le siège du zona, était au contraire dans ses deux tiers postérieurs plus voisins de la verticale.

Ce fait que nous signalons en passant, n'est pas celui que nous cherchons à mettre en évidence. Le but de cette thèse est de montrer que, dans le zona il existe fréquemment des vésicules disséminées sur la plus grande étendue du corps. En effet lorsqu'un malade se présente atteint d'un zona nettement caractérisé, peu importe son siège, on voit tout d'abord l'éruption caractéristique signalée plus haut, mais sur laquelle nous tenons à insister : placards érythémateux isolés ou conglomérés, de nombre et d'étendue variables, qui siègent dans la zone de distribution (nous ne disons pas sur le trajet) d'un ou plusieurs nerfs voisins, situés du même côté du tronc. Cependant l'unilatéralité n'est pas un signe absolu ; elle est du moins très fréquente, presque de règle. Boulland a transcrit dans sa thèse de nombreuses observations de zona bilatéral, le cas observé par lui-même nous semble moins probant. Sur les plaques rouges se développent de très nombreuses vésicules, dont un certain nombre restent distinctes surtout à la périphérie ; beaucoup de ces éléments deviennent au contraire confluents. Il est compréhensible qu'au premier abord, l'œil attiré par ces lésions ne remarque pas certaines autres

manifestations cutanées ; le fait est commun jusqu'à ce jour à la plupart des cliniciens.

M. Tenneson fait observer dans son traité de Dermatologie, il répète souvent dans ses instructions à l'hôpital, qu'en y regardant de très près, on remarque disséminées sur tout le corps des vésicules isolées, peu nombreuses ordinairement. Après le savant dermatologiste de l'hôpital Saint-Louis, nous avons eu maintes fois l'occasion de vérifier le fait. En un laps de temps assez court nous avons pu recueillir quatre observations absolument démonstratives, qui vont servir de base à notre thèse. M. Tenneson a donné à ces éléments éruptifs disséminés sur le tégument externe le nom de *vésicules aberrantes*. Cette dernière expression nous paraît rendre parfaitement compte de la disposition de ces lésions infimes du moins en apparence, aussi nous empressons-nous d'adopter le terme.

1° Nous allons d'abord exposer les faits, que nous avons observés dans la salle des consultations et au lit du malade.

2° Nous nous efforcerons ensuite de préciser les caractères qui différencient les zonas que nous étudions, des éruptions zostériennes généralisées.

3° Une troisième question s'impose doublement intéressante : (a) L'existence de ces vésicules aberrantes, démontrée par l'autorité incontestable de M. Tenneson et par l'exposé de nos observations, vient-elle appuyer une des théories, qui ont été émises pour expliquer l'étiologie ou la pathogénie de l'éruption zostérienne ? — (b) Est-il des théories qui sont infirmées par l'existence de ces vésicules ?

Les réponses à ces diverses questions seront le résultat des faits, qu'il nous a été donné d'observer.

Les modifications de l'état général, les troubles de la sensibilité seront passés sous silence dans notre travail, ou du moins au cours de nos observations nous n'en parlons que pour confirmer le diagnostic du zona. M. Thibierge accorde à ce dernier point de vue une grande importance aux troubles de la sensibilité. D'après cet auteur la persistance de désordres sensitifs après la disparition de l'éruption est une preuve suffisante pour affirmer que la poussée herpétiforme relève bien du type zona.



II

Des vésicules aberrantes. — Exposé des faits.

Dans le récent traité de dermatologie publié par M. Ténnesson, nous lisons :

« Il est un phénomène non encore signalé qui établit un lien de plus entre le zona et l'herpès non systématique. Lorsque chez les malades atteints d'un zona aigu typique on examine chaque jour la surface cutanée toute entière, on constate 9 fois sur 10 ce que depuis longtemps, dans notre enseignement clinique, nous appelons les *vésicules aberrantes* du zona. Ce sont des vésicules semblables à celles du zona mais isolées, distribuées irrégulièrement à de grandes distances les unes des autres sur toutes les parties du corps. Elles naissent successivement pendant plusieurs jours, sont toujours en très petit nombre et passent inaperçues quand on ne les cherche pas. »

Nous devons tout d'abord faire remarquer avec quelle sûreté de coup d'œil l'éminent dermatologiste a su mettre en relief les principaux caractères de ces vésicules aberrantes, leur fréquence considérable, à tel point que l'on peut à bon droit s'étonner que personne avant M. Ténnesson ne les ait remarquées. L'auteur va même jusqu'à admettre que ces vésicules se constatent neuf fois sur dix cas de zona aigu typique. Sur ce point notre expérience nous donne des résultats beaucoup moindres ; et comme elle porte seule-

ment sur un petit nombre de cas, nous ne pouvons rien inférer ; nous nous contenterons donc de rapporter nos constatations sans tirer de là une conclusion par trop téméraire.

Le nom de vésicules aberrantes paraît rendre un compte exact de la distribution de ces éléments. Ces vésicules sont isolées les unes des autres, disséminées sur toute l'étendue du corps, séparées entre elles en général par un grand espace de peau saine. Elles offrent d'autre part une entière ressemblance avec les vésicules du zona, c'est-à-dire que comme ces dernières elles présentent tous les caractères des vésicules ordinaires de l'herpès et que leur évolution est aiguë. D'après M. Tenneson ces vésicules aberrantes n'apparaissent pas toutes simultanément, mais elles se montrent par poussées successives, en plusieurs jours sans préoccupation aucune de l'éruption caractéristique du zona déjà complètement développée. Enfin leur nombre serait toujours très peu considérable, d'où M. Tenneson conclut à la nécessité quotidienne d'un examen minutieux de toute la surface cutanée. — Nos observations d'herpès zoster accompagné de vésicules aberrantes sont au nombre de quatre. Deux d'entre elles se rapportent à de vastes zones occupant toute la zone de distribution des branches superficielles du plexus cervical, la troisième met en évidence un zona génital et la quatrième provient d'un zona intercostal.

Dans ces quatre observations nous avons noté les caractères communs suivants :

Les éruptions étaient toutes quatre d'une étendue assez considérable. Le zona des organes génitaux et de la fesse, le moindre comme importance des manifestations tégu-

mentaires était constitué par une bande de vésicules étendue depuis le gland jusqu'au voisinage du coccyx ; il recouvrait non seulement la moitié de la verge, du scrotum et du sillon interfessier, mais encore la moitié interne de la fesse droite. — Le zoster intercostal formait autour du tronc une demi-ceinture d'une largeur de 10 centimètres.

Dans l'un et l'autre cas les vésicules de l'éruption principale étaient très rapprochées et formaient fréquemment de larges placards au niveau desquels elles étaient cohérentes ou même confluentes. — Quant aux deux zonas cervicaux, énormes ils allaient de la ligne médiane antérieure à la ligne médiane postérieure ; ils remontaient de la région correspondant au troisième espace intercostal jusqu'au voisinage du vertex. — Dans ces quatre cas les vésicules aberrantes se sont développées postérieurement aux vésicules du zona proprement dit, mais après un laps de temps assez court. Suivant M. Tenneson l'apparition des éléments aberrants se fait, nous l'avons déjà dit par poussées successives. Dans trois cas nous n'avons pu constater l'évidence de cette modalité particulière d'apparition ; nous avons pourtant remarqué que certaines vésicules étaient très jeunes, alors que d'autres étaient déjà en voie de dessication. Mais chez notre quatrième malade les poussées successives ont été absolument nettes. A chacun de nos premiers examens ont correspondu chaque fois des vésicules nouvelles et comme nous avons eu soin de noter avec le plus grand soin le siège de chaque élément, aucune erreur n'a pu se produire. — Quant au nombre de vésicules, il est toujours fort restreint selon l'aveu même de M. Tenneson. Notre faible expérience vient encore ici appuyer les dires du

savant dermatologiste. En effet dans le cas où les vésicules aberrantes étaient les plus nombreuses, nous en avons compté une quarantaine ; chez le malade au contraire le moins chargé en pareilles manifestations nous n'avons guère pu dépasser une dizaine.

Les symptômes subjectifs qui accompagnent le développement des vésicules aberrantes nous ont paru fort peu importants ; à peine un léger prurit s'est-il fait sentir, resté sans interprétation pour les malades. Cependant toute pression avec le doigt sur une des vésicules produisait une sensation pénible, semblable à une légère brûlure. Notons aussi que toutes ces lésions éparses sur la peau ont guéri sans aucune complication. Les vésicules aberrantes ne sont jamais devenues nécrotiques, ni gangréneuses, elles n'ont pas non plus donné lieu à des ulcérations.

Nous tenons tout particulièrement à insister sur un dernier point. M. Tenneson, nous l'avons dit plus haut, insiste sur ce fait, que pour constater les vésicules aberrantes et ne jamais les laisser passer inaperçues, le médecin doit chaque jour examiner la totalité de la surface du corps. Ce conseil, nous n'avons pu le suivre dans aucun cas, il est en pratique trop rigoureux. Mais nous ferons observer que chaque vésicule d'herpès a une durée minima de cinq ou six jours et qu'elle ne disparaît pas sans laisser quelques traces. De là nous croyons devoir tirer cette conclusion : si nous n'avons pas vu de vésicules aberrantes chez certains malades ; c'est que ces derniers éléments n'ont jamais existé chez eux au cours du zona observé.

Nous allons tout d'abord exposer les cas de zona, dans lesquels se sont développées des vésicules aberrantes. Nous

ferons encore remarquer que les quatre premières observations se rapportent à des éruptions zostériennes très étendues. Ensuite nous citerons les cas de zona dans lesquels les vésicules aberrantes ont fait défaut et il sera facile de remarquer que dans tous ceux-ci l'éruption était moins abondante.

III

Zonas avec vésicules aberrantes

OBSERVATION I (personnelle)

Lebris François, âgé de 24 ans, poseur de rails, entre à l'hôpital St-Louis le 10 décembre 1894.

Aucun antécédent héréditaire ou personnel n'est à noter. Les parents sont vivants et se portent bien. F. Lebris a deux sœurs qui jouissent d'une santé parfaite.

Il y a quinze jours environ, à la suite d'un refroidissement, le malade a constaté l'apparition de trois vésicules d'herpès sur la lèvre inférieure. Il n'a d'ailleurs éprouvé alors ni fièvre, ni symptômes généraux.

Il y a huit jours il a commencé à se plaindre de douleurs lancinantes dans la moitié gauche du cou, vers la nuque. Ces douleurs se sont manifestées avant tout accident cutané et c'est seulement quatre jours après que le malade a constaté l'éruption.

Le jeudi soir en effet apparaît sur la nuque à gauche de la ligne médiane, un large placard rouge. Au bout d'un temps très court des vésicules se sont développées.

Le vendredi l'éruption gagne vers le cuir chevelu ; le samedi elle envahit d'abord toute la moitié gauche de la région cervicale, puis envahit la partie supérieure de la même moitié du thorax.

Hier, dimanche, et aujourd'hui lundi, l'éruption s'est encore un peu étendue, tout en conservant les caractères que nous avons signalés.

Dès le début, par suite de la rupture de vésicules, l'éruption a été très suintante. Elle l'est encore aujourd'hui.

Lundi 10 Décembre. — L'état actuel est le suivant : Un vaste placard éruptif occupe la moitié gauche de la nuque et la partie voisine du thorax à gauche de la ligne médiane, et la partie inférieure et postérieure du cuir chevelu dans la moitié correspondante. Toute la partie latérale gauche du cou et le moignon de l'épaule gauche, la partie inférieure et postérieure de la joue gauche, de même que la partie antérieure du cou sont le siège d'une éruption confluyente qui, dans les régions sus et sous-hyôïdienne dépasse un peu la ligne médiane. En somme, les placards éruptifs débordent en arrière la ligne des apophyses épineuses, dépassent en avant la ligne médiane. De haut en bas la hauteur de la lésion est de 35 centimètres environ. Voici quels sont ses caractères :

On remarque d'abord une rougeur vive formant une vaste nappe presque continue, sauf dans la partie moyenne de la région sterno-mastoïdienne, où l'on voit quelques îlots de peau saine. De plus, à la périphérie il est facile de constater des éléments isolés ou formant de petits placards, entre lesquels la peau conserve ses caractères normaux.

Sur la nuque, à la partie supérieure les poils agglutinés par la poudre d'amidon dont le malade s'était servi comme topique, et par le suintement abondant forment des croûtes qui masquent les lésions sous-jacentes. Au-dessous de ces croûtes, après avoir coupé ras les cheveux on voit : des surfaces excoriées, polycycliques et microcycliques suintantes, humides et, sur les parties simplement érythémateuses des squames fines et blanches.

Sur la partie supérieure de la région dorsale plusieurs croûtes brunâtres, sèches, plates, à centre déprimé, très

adhérentes recouvrent des ulcérations superficielles. A la périphérie de quelques-unes de ces croûtes on voit des soulèvements épidermiques remplis d'un liquide blanchâtre, séro-purulent. Les croûtes ont des dimensions variables. Les plus petites ont seulement quelques millimètres de diamètre. D'autres atteignent jusqu'à 2 cent. 1/2 de longueur et 1 à 1 cent. 1/2 de largeur. Elles sont isolées ou confluentes. On voit aussi, sur la nuque, et principalement à la périphérie de nombreuses pustules, ou plutôt vésico-pustules remplies d'un liquide blanc-séro-purulent. Ces vésico-pustules ont, pour la plupart des formes irrégulières et sont isolées ou confluentes.

Isolées, elles ont un diamètre très petit : 1 millimètre à 1 millimètre 1/2 à peu près ; par leur confluence elles arrivent à former des soulèvements épidermiques assez étendus.

Entre ces diverses lésions la peau a une coloration rouge vif surtout à la périphérie ; moins intense et un peu jaunâtre au centre.

Vers la partie supérieure du cou, empiétant légèrement sur le cuir cheveu on voit une large croûte plate, brune, d'un diamètre de 5 centimètres. En avant d'elle un demi cercle de vésicules forme une courbe à concavité postérieure ; leur disposition est un peu irrégulière ; très nombreuses, très serrées, quoique non cohérentes, elles ont, pour la plupart un diamètre de 1 millimètre à 1 millimètre 1/2.

Au dessous se dessinent quelques petites croûtelles ayant les mêmes caractères que les précédentes, mais dont les dimensions sont beaucoup moindres, leur dimension maxima ne dépasse pas 1 centimètre 1/2. Entre ces croûtes on voit des vésicules, des vésico-pustules et des excoriations qui résultent de la déchirure de ces éléments.

Sur la joue gauche nous voyons une large croûte mesurant 10 centimètres en hauteur, 8 centimètres en largeur. Cette croûte est formée par la confluence de croûtes

plus petites. Ses limites sont très irrégulières ; ses caractères identiques à ceux des précédentes. Comme celles-ci elle résulte de la dessication des vésicules postérieures et de la mortification des couches superficielles de l'épiderme. Autour de cette croûte, sur la joue encore, on voit des vésicules très nombreuses, les unes à contenu transparent, d'autres renfermant un liquide blanchâtre et trouble.

Sous le menton les lésions sont constituées presque exclusivement par des vésicules isolées, par des croûtelles reposant sur une surface érythémateuse. Les croûtelles ont les mêmes dimensions que les vésicules ; leur diamètre est, par suite, très petit.

Quelques éléments dépassent la ligne médiane de 1 à 2 centimètres, empiétant ainsi sur la moitié droite du cou. Ils sont très petits : les soulèvements épidermiques vésiculeux ont à peine $1/2$ millimètre de diamètre et sont entourés d'une très petite auréole rouge.

Sur la partie supérieure du thorax l'éruption occupe la moitié de l'espace qui sépare la clavicule du mamelon gauche. On y voit encore une très vaste croûte qui présente les mêmes caractères que celles précédemment décrites. Autour d'elle sont disséminées de très nombreuses vésicules irrégulièrement disposées

Sur le moignon de l'épaule les lésions sont le plus faciles à analyser ; elles sont moins avancées dans leur évolution : on y voit des groupes de vésicules et des vésicules isolées.

Les vésicules isolées sont, les unes à peine visibles à l'œil nu ; les plus grandes ont un diamètre de 2 millimètres. Certains groupes montrent les vésicules nettement distinctes les unes des autres séparés par de minces lignes rouges. Dans d'autres les vésicules sont cohérentes ; distinctes par leurs sommets, elles se touchent par leurs bases.

Sur la face postérieure du moignon de l'épaule on voit

des punctuations hémorrhagiques dues probablement au grattage.

Ainsi ce malade est atteint d'un vaste zona qui a envahi toute la sphère de distribution du plexus cervical superficiel. Les troubles de la sensibilité au niveau de ce zona sont très difficiles à constater; ils sont en somme tels qu'on les trouve dans tous les cas où les téguments sont enflammés: toute irritation, tout contact même, a pour effet de déterminer une sensation de douleur, piquûre ou cuisson. Les douleurs spontanées sont assez vives; elles ont tantôt les caractères d'une brûlure, cuisantes; tantôt elles s'accompagnent d'élancements pénibles. Les mouvements du cou sont complètement impossibles; mais ces troubles du mouvement paraissent dûs exclusivement aux importantes lésions cutanées.

La nuit, quand le malade reste complètement immobile, les douleurs se calment et sont remplacées par des démangeaisons pénibles qui le poussent à se gratter.

Nous avons dit que le malade avait eu huit jours avant le début de ce zona trois vésicules d'herpès à la lèvre inférieure. Il est encore très facile de constater aujourd'hui l'existence, sur la partie médiane de cette lèvre, de trois croûtelles plates, un peu irrégulières, brunes, de 4 à 5 millimètres de diamètre chacune.

Vésicules aberrantes. — En examinant le malade avec soin nous sommes frappés par l'existence de vésicules disséminées sur le corps.

Sur la face antérieure du thorax et de l'abdomen, nous voyons, dispersés sans aucun ordre apparent du moins, quatre ou cinq vésicules qui présentent les caractères suivants :

Elles paraissent les unes en voie de développement, d'autres en voie de dessiccation. Les premières ont un pourtour assez régulièrement circulaire, une surface lisse, elles sont non pas complètement hémisphériques, mais plutôt

déprimée en leur centre sans qu'il y ait d'ombilication à proprement parler. Leur contenu est clair, transparent. Le volume de ces vésicules est à peu près celui d'un grain de millet ; la plus grosse offre à peu près les dimensions d'un grain de chenevis. Les vésicules plus anciennes ont leur surface un peu flétrie, d'aspect un peu irrégulier, leur coloration est jaunâtre ; leur contenu est épais et trouble. Toutes sont entourées d'une petite aréole rouge.

Sur le dos nous trouvons, disséminés également à la partie inférieure de la région dorsale et à la région lombaire, des éléments semblables aux précédents. A gauche de la ligne médiane il y a cinq vésicules absolument identiques à celles de la face antérieure du tronc, lesquelles, nous l'avons vu, sont elles-mêmes semblables aux vésicules isolées de la région cervicale. Nous nous croyons donc autorisés à considérer l'ensemble de toutes les vésicules isolées comme étant de même nature, développées toutes sous l'influence de la même cause.

Le développement des dernières ne s'est accompagné d'aucune douleur proprement dite ; le malade se plaint seulement d'éprouver des démangeaisons sur tout le corps ; mais ne peut d'ailleurs localiser exactement le point de départ de ces sensations. La pression sur chacune de ces vésicules détermine une légère sensation de brûlure.

Mardi 11 décembre. — Deux des larges croûtes que nous avons décrites sur la face latérale gauche du cou se sont détachées sous l'influence de pansements boricués humides. Elles ont laissé à découvert des exulcérations larges, très légèrement déprimées, à bords taillés à pic. Ces bords sont irrégulièrement polycycliques ; par points il est possible de reconnaître la trace d'anciennes vésicules. Le fond est grisâtre, couvert d'un enduit blanchâtre, d'apparence pultacée, assez abondant et qui semble résulter en partie de la nécrose superficielle des tissus. Ces ulcérations laissent abondamment suinter un liquide séro-purulent, quē

coule goutte à goutte au moment où on enlève le pansement.

Les vésicules aberrantes persistent telles qu'elles étaient hier. Il n'en est pas apparu de nouvelles.

Jeudi 13 décembre.— Les autres croûtes sont tombées également et aujourd'hui le fond de la plupart des ulcérations qu'elles recouvraient s'est détergé ; seules quelques-unes sur la face antérieure du thorax sont encore recouvertes de détritits blanchâtres. Les vésicules isolées et groupées que nous avons décrites sur l'épaule sont, pour la plupart, transformées en croûtelles sèches.

Vendredi 14 décembre. — Voici quel est aujourd'hui l'aspect des lésions : Toute la face latérale gauche du cou est transformée en une surface rouge avec des exulcérations bourgeonnantes qui saignent très facilement. En quelques points on voit des détritits blancs véritables escharres en voie d'élimination. En d'autres points il y a quelques dépressions profondes de deux ou trois millimètres. A leur niveau le fond est tapissé d'un enduit blanc, adhérent, formé par du pus et des tissus mortifiés.

On voit, de plus, de nombreux ilots de peau saine aux formes extrêmement irrégulières, comparables à l'aspect des pièces d'un jeu de patience. Ces parties saines sont beaucoup moins étendues que les parties malades.

Sur la partie supérieure du thorax les lésions ont le même aspect ; mais les ulcérations sont isolées et petites, leurs bords sont polycycliques. Autour d'elles les téguments desquamant en fines écailles blanchâtres, de coloration un peu sale.

Sur la nuque l'aspect est un peu différent. Les exulcérations sont plus profondes, elles sont à 1 millimètre ou 1 millimètre 1/2 au-dessous du niveau des téguments sains. Leur pourtour est rouge, enflammé, présente de petits points blancs situés au-dessus de l'épiderme, remplis d'un pus jaunâtre. Ces lésions semblent indiquer une infection se-

condaire des lésions produites par le zona. Dans le pus, l'examen microscopique montre des cocci très nombreux réunis en grappes. Les cultures sur gélose montrent que nous avons à faire à des staphylocoques blancs et dorés.

Les vésicules isolées, *vésicules aberrantes*, que nous avons signalées sur le tronc, sont encore très faciles à constater, bien qu'en voie de disparition. Au centre, d'aréoles rouge pâle, un peu desquamantes, on voit encore de petites croûtelles grisâtres ; au-dessous d'elles, il y a une petite dépression et un peu de rougeur.

D'autres lésions, absolument différentes de celles-ci, viennent d'apparaître : ce sont des résultats d'auto-inoculations de staphylocoques. Sur le bras gauche, se sont développées cinq ou six éléments acnéiformes qui sont de l'ecthyma. Voici leurs caractères : Autour d'un poil il y a une toute petite pustule blanche pleine d'un pus crémeux. Cette pustule repose sur une base saillante, enflammée, un peu dure, rouge, sans limites précises ; toute pression à ce niveau est très douloureuse.

Sur la face antérieure et sur les faces latérales du tronc, on voit d'autres éléments analogues ; il en existe également quelques-uns sur la face. Un fait remarquable est que ces pustules existent seulement sur la moitié gauche du thorax. Cette unilatéralité nous paraît expliquer le mécanisme de ces auto-inoculations. Le malade gratte son zona avec la main droite ; or nous avons vu que les lésions du cou étaient très riches en staphylocoques ; c'est avec la même main qu'il gratte le côté gauche du tronc et inocule ainsi les téguments de ce côté du corps.

Sur ces différentes lésions nous appliquons des pansements boriqués humides.

Le 19 Décembre. — L'éruption de la région cervicale est en voie de disparition ; il ne reste plus qu'une rougeur vive, de nombreuses squames et quelques croûtes détachées sur la plus grande partie de leur étendue. Sur la partie

supérieure de la nuque, on voit quelques érosions et quelques croûtelles résultant de grattages.

Quelques furoncles, assez petits, se sont récemment développés au centre et au pourtour de la vaste plaque envahie par l'éruption. Quelques pustules d'ecthyma se sont, sur le tronc, transformées en véritables furoncles, dont le bourbillon s'élimine peu à peu. D'autres sont en voie de guérison ; d'autres encore sont complètement guéries.

Dans la région où siégeait le zona, la sensibilité au toucher et à la température est un peu diminuée ; la sensibilité à la douleur est au contraire, un peu exagérée.

Le 21 Décembre. — Les vésicules aberrantes ont complètement disparu ; à peine est-il possible de soupçonner leur existence antérieure par la constatation de petites macules grisâtres et de très légères dépressions.

Le 31 Décembre. — Le malade sort guéri ; il conserve sur le cou une coloration rougeâtre, et la desquamation est assez active.

Les furoncles du tronc sont guéris ; sur la nuque il en reste encore deux, en voie de guérison.

RÉFLEXIONS. — Cette observation est sans doute intéressante à plusieurs points de vue ; mais une question que nous devons nous poser avant tout autre est celle-ci : S'agit-il d'un zona ? L'unilatéralité de l'éruption, son existence sur toute l'étendue de la distribution du plexus cervical superficiel, depuis le cuir chevelu, la région rétro-auriculaire et la joue, où les branches nerveuses supérieures vont s'anastomoser avec le nerf facial pour former le plexus cervico-facial ; jusqu'à la partie supérieure du thorax, du dos, et du moignon de l'épaule nous semblent plaider en faveur de cette opinion. Ajoutons que l'éruption zostérienne proprement dite ne dépasse pas les limites du département cutané, auquel se distribuent les nerfs de ce plexus superficiel.

L'aspect de l'éruption est absolument celui de toutes

les éruptions zostériennes accompagnées ou suivies de nécrose. Sur des placards rouges, développés en un endroit, où depuis quatre jours le malade éprouvait des douleurs vives simulant des élancements ou des brûlures sont apparues sans aucune cause appréciable, au bout d'un temps très court de nombreuses vésicules identiques aux vésicules d'herpès. L'évolution de ces vésicules a été la suivante : Les unes se sont desséchées rapidement ; d'autres avant leur dessiccation, ou lorsque leur contenu était déjà transformé en croûtes, ont été infectées par des staphylocoques pyogènes ; d'autres enfin ont été le centre de formation de nécroses superficielles et circonscrites des téguments ; et ces dernières lésions ont été elles-mêmes envahies par les staphylocoques.

Les furoncles et les pustules d'ecthyma secondairement développés sur la moitié gauche du corps, sont, à notre avis, des autoinoculations ; le malade prenant des germes sur son cou, les a avec ses ongles disséminés sur le reste du corps.

Les vésicules aberrantes sont bien différentes de ces inoculations microbiennes ; leur évolution le démontre, ainsi que leur bilatéralité et leur siège en arrière, sur la région dorsale, en des points que le malade ne pouvait guère atteindre avec ses mains.

Nous n'avons pas pu constater la première période de développement de ces vésicules. Lorsqu'il nous a été donné de les observer, elles étaient déjà complètement développées. Leurs caractères étaient d'ailleurs absolument ceux du zona du cou : soulèvements épidermiques arrondis, à sommet plat, contenant un liquide citrin, et autour de cette vésicule, existait une petite aréole rouge, érythémateuse, non saillante. Cette vésicule s'est desséchée peu à peu, sans suppurer : puis la croûte est tombée, alors que la cicatrisation était complète au-dessous. Nous croyons

utile de faire remarquer qu'aucune de ces vésicules n'a suppuré, qu'aucune même n'a été nécrotique.

Le nombre des vésicules aberrantes n'a pas été considérable : quatre sur la face antérieure du tronc, huit sur la face postérieure ; il n'y en avait pas une seule sur les membres, ni sur la moitié droite de la face ; mais nous verrons dans nos observations ultérieures, que ce fait n'est nullement constant ; en effet les membres sont très souvent atteints.

Le développement de ces vésicules ne s'est pas accompagné de symptômes subjectifs bien nets ; tout au plus le malade a-t-il éprouvé quelques démangeaisons à leur niveau. Nous avons dit que la pression était un peu douloureuse ; mais après leur guérison nous n'avons pu constater aucun trouble évident de la sensibilité dans les points où elles avaient évolué, ni dans le voisinage, contrairement à ce que nous avons observé dans la région cervicale. Nous avons dit plus haut qu'il y avait dans la moitié gauche de cette dernière région, lors du départ du malade, une diminution de la sensibilité au toucher et à la température, une exagération de la sensibilité à la douleur.

En résumé, nous pouvons préciser ainsi les caractères de l'affection qui a motivé cette observation : zona de dimensions énormes, étendu à toute la zone de distribution des branches du plexus cervical superficiel gauche, avec éruption de vésicules aberrantes sur la face antérieure et sur la face postérieure du tronc, à droite et à gauche de la ligne médiane. Eruption d'ecthyma furonculaire secondaire.

OBSERVATION II (personnelle)

Hamas François, employé de commerce, âgé de 57 ans, vient à la consultation de l'hôpital Saint-Louis le 7 janvier 1894.

Cet homme a eu une pneumonie il y a sept ans et l'an dernier une bronchite intense qui a duré plusieurs semaines. Il n'a jamais eu d'hémoptysie, ni de pleurésie et il ne connaît pas de tuberculeux dans sa famille. D'ailleurs depuis sa bronchite il n'a jamais toussé et s'est constamment bien porté jusqu'au moment, où a débuté l'affection actuelle.

Cette affection a commencé à la fois, raconte le malade, par des douleurs dans le cou et des boutons dans la même région. Le premier bouton s'est montré sur la nuque ; d'autres se sont rapidement développés tout autour. Puis en des points divers de la partie droite du cou des plaques éruptives se sont montrées. En trois jours l'éruption avait atteint le développement qu'elle présente aujourd'hui. Ces phénomènes se sont accompagnés de douleurs vives que le malade compare à des brûlures, à une cuisson presque continuelle. En même temps Hamas Francois a éprouvé une violente céphalalgie, mais il n'a pas eu de fièvre, car l'état général est resté bon malgré l'insomnie ; il a continué à manger de bon appétit, il n'a eu aucun symptôme gastro-intestinal et la soif est restée très modérée.

Le malade n'a jamais eu aucune éruption de ce genre.

Le 7 janvier. — Toute la région à laquelle se distribuent les branches superficielles du plexus cervical droit sont envahies par l'éruption. Celle-ci forme un vaste placard rouge qui, de la racine des cheveux en arrière se porte en avant jusqu'au voisinage de l'angle du maxillaire inférieur. Ce placard remonte en haut et en avant jusqu'auprès de l'oreille et descend en bas jusqu'à l'extrémité inférieure du cou. Dans toute cette étendue on ne voit que quelques ilots de peau saine et blanche de petites dimensions.

Autour de cette vaste nappe érythémateuse on trouve disséminés sur les téguments normaux de petits espaces érythémateux très irrégulièrement limités, présentant une éruption de vésicules d'herpès.

Sur toute l'étendue de ces altérations cutanées on voit de très nombreuses vésicules.

En haut quelques groupes d'éléments remontent jusqu'au vertex, où ils sont très faciles à voir par suite de la calvitie du malade. Par le toucher on sent facilement d'autres groupes de vésicules disséminées sur la partie postérieure et droite du cuir chevelu. Cachées par les cheveux, ces vésicules ne sont perceptibles qu'au toucher, la vue ne décèle nullement leur existence.

Sur la nuque, au voisinage de la ligne médiane de nombreuses excoriations abondamment suintantes, qui agglomèrent les chevenx, les rendent adhérents entre eux.

En d'autres points de la nuque, sur ce même fond rouge on voit des vésicules desséchées, transformées en croûte, les unes épaisses, brunâtres, d'autres minces et jaunâtres. Ces croûtes sont petites et les plus larges n'ont pas plus de 1 centimètre de diamètre. A côté disséminées, on voit des vésicules encore pleines de liquide, les unes isolées très petites, miliaires ; les autres un peu plus larges et atteignant les dimensions d'un grain de chenevis dont la surface est aplatie, mais dont le centre n'est pas ombiliqué.

La plupart de ces vésicules sont confluentes et forment ainsi des soulèvements épidermiques blancs, aplatis, larges, atteignant le diamètre d'une pièce de cinquante centimes.

Dans la région dorsale l'éruption ne descend pas au dessous de l'épine de l'omoplate et ne dépasse pas la ligne médiane. On voit un très petit groupe près de l'apophyse épineuse de la première vertèbre dorsale. Ce groupe est formé d'une vingtaine de vésicules très rapprochées les unes des autres et toutes à la même période de leur évolution, plates, remplies d'un liquide blanc-jaunâtre. A leur base ces derniers éléments très voisins les uns des autres sont pourtant séparées entre eux par des minces espaces

de peau rouge vif, qui tranche nettement sur la coloration blanche de ces vésicules.

Plus en dehors on voit plusieurs autres groupes de vésicules qui ont en moyenne les dimensions d'une pièce de deux francs, mais d'une forme très irrégulière. On voit au centre de quelques-uns des placards éruptifs des croûtes plates brunâtres, qui semblent indiquer un certain degré de nécrose des parties les plus superficielles des téguments. Sur le cou les vésicules sont très rapprochées et forment des plaques assez larges formées chacune d'un nombre assez considérable d'éléments puisque ce nombre varie de 25 à 50 ; elles sont en outre assez rapprochées les unes des autres. Pourtant on voit par endroit des îlots de peau blanche, ayant conservé sa coloration normale.

D'autres placards éruptifs et des vésicules isolées se voient aussi sur le moignon de l'épaule, mais le voisinage de l'insertion inférieure du muscle deltoïde n'est pas dépassé.

Sur la poitrine des groupes nombreux et de dimensions variées se voient sur toute la partie située au-dessous du troisième espace intercostal, c'est-à-dire jusqu'au milieu de l'intervalle séparant la clavicule du mamelon.

Les symptômes fonctionnels qui accompagnent cette éruption zostérienne sont les suivants : Douleur assez vive par instants, présentant les caractères d'une brûlure à certains moments augmentée encore par des sensations d'élancement.

Les mouvements du cou sont presque impossibles ; les plissements de la peau ou les tractions qui tendent à produire les divers mouvements (Flexion, extension, rotation à droite ou à gauche) augmentent à tel point les souffrances du malade que les muscles de la région cervicale se contractent énergiquement.

Les troubles de la sensibilité sont ceux qu'on observe

dans la plupart des lésions inflammatoires de la peau ; tout contact donne lieu à une sensation douloureuse.

Vésicules aberrants. — Dans la région dorsale et dans la région lombaire, on voit une vingtaine de vésicules disséminées sans aucun ordre apparent. Chaque élément est isolé et séparé par un large espace de peau saine de la lésion la plus voisine. Ces lésions existent des deux côtés en nombre à peu près égal. Voici quels sont les caractères de ces éléments. Ce sont de petites vésicules à sommet un peu aplati sans être pourtant ombiliqué ; quelques unes ont une surface lisse ; d'autres sont un peu flétries et prennent une coloration jaunâtre. Autour de chacune de ces vésicules, il est facile de constater une aréole érythémateuse de 2 millimètres $1/2$ à 3 millimètres de largeur.

Au-dessous et en arrière de l'aisselle gauche, on voit encore une autre vésicule isolée ; au-dessous du sein gauche nous en voyons une autre.

Un élément absolument typique se trouve sur la hanche droite ; la vésicule a à peu près deux millimètres de diamètre ; elle est pleine d'un liquide translucide, elle a une coloration un peu nacrée ; elle est entourée d'une aréole assez large, ne faisant aucune saillie.

Un peu au-dessous du pubis on aperçoit encore une vésicule et une autre se voit encore située à gauche de la ligne médiane. Un élément semblable se retrouve dans le pli de l'aîne gauche. Deux vésicules se montrent sur la cuisse droite. L'une sur la face postérieure, vers la partie moyenne, l'autre à peu près à la même hauteur sur la face interne.

Les organes génitaux : gland, verge, bourse périnée ; les muqueuses sont absolument indemnes.

Le 11 janvier : Sur la moitié droite du thorax, les vésicules sont disposées isolées ou par groupes, de telle façon qu'elle forme des arcs de cercle concentriques, irréguliers, à concavité postérieure et supérieure.

Quelques groupes s'avancent un peu à gauche de la ligne médiane.

De même, au cou, la ligne blanche se trouve dépassée de plusieurs centimètres. Les vésicules isolées remontent jusqu'au voisinage de l'os hyoïde. Sur la face, on en trouve au niveau de la partie postérieure de la joue, dans la partie qui correspond à la branche montante du maxillaire inférieur.

Le 16 janvier : Les lésions en voie de guérison. Les vésicules zostériennes du cou se sont desséchées avec une très grande rapidité sous l'influence d'un pansement protecteur composé de poudre d'amidon recouverte d'ouate. On voit encore, disséminées, de nombreuses croûtes sèches. Pourtant sur la partie postérieure de la nuque, on peut voir encore des ulcérations qui persistent, d'ailleurs en bonne voie de cicatrisation. Le malade n'éprouve plus, dans cette région cervicale, aucune douleur spontanée. Les troubles de la sensibilité sont les suivants. En piquant avec un compas à pointes assez fines, successivement la moitié droite de la région cervicale et la moitié droite de cette même région, nous voyons qu'il faut donner aux pointes un écartement plus considérable du côté droit que du côté gauche afin que le malade ait la sensation des deux piqûres distinctes. Il y a donc diminution de la sensibilité au toucher. Pourtant le frôlement le plus léger est perçu à droite aussi bien qu'à gauche. La sensibilité à la douleur est plus vive du côté droit où siégeait le zona. La sensibilité à la température ne diffère guère d'un côté à l'autre.

Les vésicules aberrantes sont en voie de disparition ; quelques-unes sont transformées en croûtelles adhérentes ou se détachent facilement ; dans ce dernier cas, on trouve au-dessous, la cicatrisation terminée. D'autres n'ont laissé, comme trace de leur passage, qu'une simple macule violette, un peu desquamante à sa périphérie. D'autres encore ont laissé une légère dépression blanchâtre au centre.

violacée à la périphérie. Quelques-unes ne laissent pas de trace sensible de leur existence antérieure. La guérison est à peu près complète.

Le 18 janvier. — La moitié droite du cou reste encore rouge et desquame ; mais les ulcérations sont complètement cicatrisées, et c'est à peine si le malade éprouve une légère sensation de gêne dans les divers mouvements.

REFLEXIONS. — Nous avons été très heureux d'observer ce deuxième cas de zona cervical, parce que, malgré la description minutieuse que nous avons donnée des vésicules aberrantes observées dans le cas précédent, malgré les différences absolues qui séparaient ces vésicules d'avec les complications ec'hymato-furonculeuses qui sont survenues chez notre premier malade, un doute aurait pu persister dans l'esprit du lecteur, qui se serait demandé si ces vésicules aberrantes n'étaient pas tout simplement le résultat d'auto-inoculations staphylococciques.

Cette deuxième observation est faite, nous semble-t-il, pour trancher complètement cette question. Ce deuxième zona n'a guère suppuré ; il n'y a pas eu chez le malade, d'auto-inoculations microbiennes, et les vésicules aberrantes ont été beaucoup plus nombreuses que dans le premier cas.

Nous ne croyons pas devoir insister ici sur les raisons qui, dans cette deuxième observation, ont fait faire d'emblée le diagnostic de zona cervical. Les arguments que nous aurions à faire valoir, seraient identiquement ceux que nous avons exposés à propos de la première observation : unilatéralité de l'éruption ; limitation à la zone de distribution du plexus cervical, laquelle zone est envahie dans presque toute son étendue ; aspect absolument herpétiforme des placards éruptifs ; évolution rapide vers la guérison et, après celle-ci, persistance de troubles sensitifs dans les points où siégeait l'éruption.

Ce diagnostic nous paraissant donc parfaitement établi,

il nous reste à dire quelques mots des vésicules aberrantes.

Dans la première observation ces derniers n'existaient que sur le tronc ; ici nous en avons trouvé quelques-unes sur les membres inférieurs ; cuisses droite et gauche. Les vésicules existaient dans le cas présent sur les deux côtés du tronc et étaient aussi nombreuses à droite qu'à gauche. En les comptant soigneusement nous avons trouvé qu'il n'y avait aucune différence appréciable : une vésicule de plus du côté droit que du côté gauche. Les membres supérieurs et la face sont restés absolument indemnes de toute lésion.

L'évolution de chaque vésicule a été celle d'une vésicule d'herpès. Comme précédemment elles se sont développées sans être accompagnées d'aucun symptôme subjectif bien net ; le malade ne les avait même pas remarquées et ne s'est douté de leur existence que quand nous les lui avons fait remarquer.

Nous avons dit également que leur apparition semble avoir été un peu plus tardive que celle des lésions typiques du cou ; leur guérison a été plus rapide. Ce dernier fait nous paraît dû d'abord bien naturellement à ce que pas une de ces vésicules n'a été le siège d'infection, de complication d'aucune sorte ; ensuite à ce que la lésion cutanée, très minime au-dessous de chacune a pu guérir rapidement, tandis qu'au cou où beaucoup étaient confluentes, les lésions ont été plus étendues et, par points, plus profondes.

Si maintenant nous voulons résumer les caractères généraux de l'éruption que nous avons observée chez ce malade, nous croyons pouvoir dire qu'il a présenté : un zona étendu à presque toute la sphère de distribution du plexus cervical superficiel droit accompagné d'une éruption de vésicules aberrantes disséminées sur tout le tronc et la partie supérieure des membres inférieurs.

OBSERVATION III (personnelle)

Andrieux Louis, 23 ans, employé de commerce, vient à la consultation de l'Hôpital St-Louis, le 3 novembre 1894.

Il a eu une attaque de rhumatisme articulaire aigu il y a sept ans. Il y a un an, il a été atteint d'une blennorrhagie aiguë qui a passé à l'état chronique, et depuis cette époque, il a la goutte militaire, dit-il. Ce sont là les seuls antécédents ; il n'a jamais eu d'herpès à la verge, ni sur aucune autre région sur corps, il n'est pas névropathe et jouit d'un état général ordinairement excellent.

Jeudi dernier, en allant à la selle, il a éprouvé « au fondement » une sensation de cuisson assez douloureuse et en même temps il a senti près de l'anus quelques petits boutons très douloureux au toucher. Il a fort bien dormi la nuit suivante ; mais, le vendredi, d'autres boutons analogues aux premiers se sont développés dans la région périnéale, au voisinage des précédents ; la douleur a augmenté un peu pendant cette journée ; la marche est devenue assez pénible pour qu'il se soit vu obligé de suspendre son travail habituel.

Le samedi, d'autres boutons apparaissent sur le côté droit de la verge et du scrotum ; les douleurs sont devenues tellement intenses, cuisantes et lancinantes, que le malade n'a pu dormir pendant la nuit du samedi au dimanche. Le dimanche les douleurs ont conservé la même intensité ; mais les lésions locales n'ont pas paru augmenter d'étendue.

Le malade a pu suivre pas à pas le développement des lésions de la verge, et voici ce qu'il nous raconte. Ces lésions ont débuté sous la forme d'un placard rouge, unilatéral, étendu d'une extrémité à l'autre de l'organe. Après

24 heures environ, des vésicules se sont développées par groupes, en même temps que la rougeur diminuait d'étendue pour former des sortes d'aréoles autour de chaque groupements de vésicules et dans l'intervalle de celles-ci.

Les douleurs dans cette région se sont montrées à peu près en même temps que l'éruption ; pourtant le malade croit se rappeler que, quelques heures avant le début de la rougeur, il a éprouvé une sensation d'engourdissement et d'hyperesthésie désagréable ; mais c'est principalement lorsque les vésicules se sont développées que la douleur est devenue vive.

Dès le samedi notre jeune homme a éprouvé dans l'aîne droite une sensation de gêne, et en palpant cette région il a nettement senti là « des glandes » peu douloureuses spontanément et au repos ; mais occasionnant une grande fatigue durant la marche et douloureuses au toucher.

Le mardi, nous examinons pour la première fois le malade ; il est au sixième jour de son affection, puisqu'elle a débuté jeudi dernier. Voici quel est l'état actuel.

Sur la partie postérieure de la moitié droite du gland, nous voyons un groupe de vésicules typiques d'herpès. En effet cette partie présente un placard rouge, de forme irrégulière, constituée par des aréoles en général discrètes et séparées par de minces intervalles de muqueuse saine. Sur ces plaques rouges on voit des vésicules à différentes périodes de leur évolution. Les unes, qui sont évidemment les plus jeunes ont un contenu clair, leur coloration est nacré, leur aspect est celui d'une toute petite perle ; d'autres sont plus blanches opaques, leur contenu est trouble, séropurulent, leur surface un peu irrégulière, leur aspect un peu flétri. Les plus antérieures sont desséchées complètement, transformées en petites croûtelles brunâtres. Les plus postérieures, maintenues humides par l'accollement du gland et du prépuce se sont déchirées ; à leur place on

voit de petites ulcérations microcycliques, polycycliques, à bords festonnés ; le fond, à peine déprimé, est tapissé d'une mince couche d'exsudat blanchâtre. Sur la partie postérieure de la moitié droite du fourreau de la verge, c'est-à-dire plus près du raphé médian que de la face dorsale on voit une trainée de vésicules dont les plus inférieures sont situées sur la ligne médiane, et, par suite, sur le raphé. La plupart de ces vésicules sont déjà transformées en croûtelles. Autour de chaque croûtelles des aréoles forment une mince bande rouge, circulaire ; dans les points où les éléments éruptifs sont voisins, ces aréoles arrivent à se toucher les unes les autres et forment ainsi par confluence des plaques assez larges.

Autour de la moitié droite de la base du gland il est facile de remarquer une demi-couronne de croûtelles discrètes, n'adhérant plus que par leur centre, et, par suite sur le point de se détacher.

Sur la partie droite du scrotum on voit des croûtelles et des ulcérations.

Les croûtelles sont brunâtres, irrégulièrement circulaires, petites, leur diamètre maximum ne dépasse pas 4 à 5 millimètres. Elles sont nombreuses et se constatent surtout sur la partie antérieure, près du raphé. Elles sont adhérentes, leur surface est plate et leur centre plutôt déprimé ; leurs bords sont légèrement saillants et tendent à se décoller.

Les ulcérations se voient surtout sur la partie postérieure du scrotum. Il est très probable que leur formation est due, d'une part à l'humidité naturelle de cette partie, d'autre part à ce que les frottements des cuisses contre les bourses ont déterminé une irritation et une destruction des couches de l'épiderme ainsi dénudées. Le fond de ces ulcérations est blanchâtre, déprimé. Les plus petites ulcérations larges comme une tête d'épingle ont une forme circulaire. D'autres plus étendues résultent de la confluence de plu-

sieurs éléments ; leurs bords sont alors festonnés, du moins pour quelques-unes, car pour plusieurs cette disposition est peu nette, ou même impossible à constater. La plus large de ces ulcérations a une longueur de 1 centimètre et une largeur de 6 millimètres ; son bord antérieur est nettement polycyclique ; son bord postérieur au contraire est rectiligne. Dans le sillon interfessier, à droite de la ligne médiane on voit une série de vésicules absolument typiques ; quelques unes sont ombiliquées, la plupart ne le sont pas. Ces éléments sont situés tout près de la ligne médiane et ne s'en écartent pas de plus de 4 centimètres. Les vésicules les plus rapprochées de cette ligne médiane se perdent dans le plis radiés de l'anus, et quelques unes d'entre elles sont déchirées.

Dans la région coccygienne, tout près et à droite de la pointe du coccyx nous voyons en outre un placard formé de vésicules confluentes, constituant par leur ensemble un large soulèvement épidermique. Autour de ce soulèvement on voit de nombreuses vésicules isolées, et de plus des lésions frustes, constituées par de l'érythème seulement, sans trace de vésiculation.

Sur la moitié interne de la fesse droite il existe, en dehors des lésions précédentes, un certain nombre de vésicules isolées ; les plus externes sont situées sur la partie moyenne de la fesse.

Adénopathie. — Depuis que le malade est au repos, depuis qu'il ne travaille plus et ne marche que très peu, l'adénopathie a déjà diminué. On trouve pourtant dans la partie supérieure de la région inguinale droite une chaîne horizontale de ganglions volumineux, durs et douloureux ; mais sur lesquels les téguments restent mobiles,

Cet engorgement ganglionnaire fait complètement défaut du côté gauche.

Vésicules aberrantes. — Sur le tronc, nous trouvons, à trois travers de doigt, au-dessous de l'ombilic, une vési-

icule parfaitement nette, située immédiatement à droite de la ligne médiane ; cette vésicule est blanchâtre, ronde ; sa surface est aplatie et sa base est entourée d'une petite zone érythémateuse. Elle a un millimètre de diamètre et son aréole mesure un diamètre total de 3 millimètres.

Sur la face antérieure du thorax, on voit deux vésicules à droite, l'une plus petite au-dessous du mamelon, l'autre plus grande et au-dessus ; à gauche, nous en trouvons également deux, assez larges, avec une aréole de dimensions particulièrement agrandies, qui siègent dans la région sous-claviculaire.

Sur la face dorsale du tronc, il n'y a pas de vésicules d'herpès, mais seulement quelques pustules d'acné dont l'aspect diffère absolument des vésicules, qui existent sur la face antérieure.

Aux membres supérieurs, nous faisons les constatations suivantes : Sur la face antérieure de l'avant-bras droit, à 3 centimètres au-dessous du pli du coude et près de l'épitrachée, une vésicule très nette, de forme irrégulière, large de 1 millimètre, longue de deux millimètres, apparaît, elle n'est peut-être qu'un résultat formé par la confluence de deux vésicules distinctes au début. Sur l'avant-bras gauche, on voit encore une vésicule, mais difficilement reconnaissable parce que le malade, en se grattant, l'a déchirée. Il ne reste plus, comme trace, qu'une excoriation recouverte d'une croûte hémorrhagique et entourée d'une étroite zone d'érythème.

Les membres inférieurs nous présentent aussi des lésions de même ordre, car, à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen de la face externe de la jambe droite, il est facile de remarquer une vésicule isolée de 1 millimètre de diamètre, centrée par un poil, entourée d'un mince cercle érythémateux. La vésicule est blanche, nacréée, remplie d'un liquide incolore.

L'état général du sujet est bon.

Les muqueuses bucale et pharyngienne.... sont absolument indemnes.

Huit jours après, nous revoyons le malade : Le zona est presque guéri ; il ne reste plus que quelques croûtes et des macules cicatricielles.

Les vésicules aberrantes ont également disparu, laissant comme traces de leur existence antérieure des macules blanchâtres un peu déprimées, violacées au centre, parfois brunâtres à la périphérie.

L'adénopathie inguinale n'existe pour ainsi dire plus ; c'est à peine si un examen attentif permet de constater une petite différence entre les ganglions inguinaux de droite et ceux de gauche. Les premiers l'emportent encore par une légère augmentation de volume ; de plus, indolents d'ordinaire, ils sont très légèrement douloureux à la pression.

Les troubles sensitifs dans les points où siégeait l'éruption d'herpès zoster sont peu nets ; pourtant comme dans les observations précédentes nous avons remarqué un peu d'exagération de la sensibilité à la douleur, un peu de diminution de la sensibilité au toucher et à la température.

RÉFLEXIONS. — L'intérêt de cette observation nous paraît surtout résider dans les trois faits suivants : 1° Le zona s'est montré beaucoup moins étendu que dans les deux cas précédents et pourtant les vésicules aberrantes n'ont pas fait défaut. 2° Dans notre première observation nous avons eu à différencier ces vésicules aberrantes des éruptions ecthymato-furunculuses qui survinrent secondairement ; maintenant nous avons à les distinguer des pustules acnéiques, que le malade portait sur le dos et la face ; distinction d'ailleurs bien facile et que nous avons pu faire du premier coup d'œil. 3° Le siège du présent zona est ici différent, et ceci nous démontre que le symptôme dont nous nous occupons n'appartient pas spécialement et uniquement au zoster cervical ; des faits ultérieurement énoncés viendront à l'appui de cette assertion.

Avec quelle affection une confusion aurait-elle pu être commise dans l'observation que nous venons de relater ? Nous n'en voyons qu'une : l'herpès génital, et cette dernière opinion serait d'autant plus soutenable que l'individu était affecté d'une blennorrhagie chronique. Or, MM. Diday et Doyon (*Les herpès génitaux*) ont bien mis en évidence le rôle étiologique des affections des organes génitaux dans la production de l'herpès de ces mêmes organes. Nous ne nous sommes pourtant pas arrêté à ce diagnostic pour les raisons suivantes. L'herpès génital proprement dit n'a pas l'étendue de l'éruption que nous avons décrite chez cet employé de commerce. En outre, dès notre premier examen, nous avons constaté chez notre malade l'existence de cette adénopathie que M. Barthélemy a récemment étudiée dans le zona et qu'il considère comme apparaissant dès le début de l'éruption, ou même avant celle-ci, avec des caractères identiques à ceux que nous avons observés. Le doute ne nous paraît donc pas possible.

Les vésicules aberrantes n'étaient pas nombreuses chez cet homme : neuf ou dix en tout ; mais leurs caractères en revanche étaient parfaitement nets et chacune représentait une vésicule typique d'herpès.

Il était impossible de confondre ces lésions avec les pustules d'acné, qui siégeaient sur le dos et la face ; celles-ci étaient formées tantôt d'une toute petite pustule blanche, pleine de pus, à centre légèrement déprimé ; tantôt par un comédon et la base était rouge, saillante, indurée, autant de caractères absolument différents des vésicules zostériennes.

Ces vésicules aberrantes existaient à la fois sur le tronc et sur les quatre membres. Les régions postérieures du tronc seuls étaient indemnes ainsi que la face.

Les symptômes fonctionnels : douleurs, gêne, fatigue si intenses au siège du zona ont paru faire à peu près défaut au niveau des vésicules aberrantes. Ce troisième malade, comme les précédents, n'avait pas remarqué leur

existence. Seul l'élément de l'avant-bras avait produit quelques démangeaisons qui avaient poussé notre sujet à se gratter, par suite à déchirer la vésicule et à excorier les tissus sous-jacents.

Résumons donc de la manière suivante les traits essentiels de cette observation : zona génital à évolution normale, accompagné d'une éruption de quelques vésicules aberrantes sur le tronc et sur les membres.

OBSERVATION IV (personnelle.

Froment G., âgé de 43 ans, sculpteur, vient à la consultation de l'hôpital Saint-Louis le 11 octobre 1894.

Ce malade présente ces troubles cérébraux caractérisés par une certaine gêne de la parole, qui est lente et scandée, par la mémoire plus qu'ingrate : de plus il paraît présenter à un certain degré la manie des grandeurs. Les pupilles rétrécies sont un peu inégales.

Cet homme ne fournit sur ces antécédents que des renseignements incomplets. Pourtant nous avons pu avec un peu de patience obtenir les renseignements suivants : F... G. n'a jamais été atteint d'aucune lésion ressemblant à celle qu'il nous montre aujourd'hui. Le début de la présente affection remonte à quelques jours, quatre ou cinq environ.

Le malade présente l'éruption suivante : A l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen de la moitié droite du thorax on voit un large zona étendu en une bande horizontale et qui forme au corps une demi-ceinture, partant du voisinage de la ligne des apophyses épineuses pour aboutir aux environs de l'appendice xiphoïde du sternum. Cette bande ne suit nullement l'espace intercostal ; elle croise même plusieurs espaces dans son trajet. En effet, elle naît

en arrière un peu à gauche de la ligne médiane, au niveau des apophyses épineuses des huitième et neuvième vertèbres dorsales et de là se porte en avant, et aussi un peu en bas en contournant la paroi thoracique : elle forme avec l'horizontale un angle d'une dizaine de degrés, et vient se terminer en avant au voisinage de l'appendice xyphoïde. Elle passe immédiatement au-dessous du mamelon, et s'arrête en avant, à trois travers de doigt de l'appendice xyphoïde du sternum. Or nous suivons cette bande éruptive d'avant en arrière nous voyons que, dans sa partie postérieure, elle correspond aux septième et huitième espaces intercostaux ; au niveau du mamelon, aux cinquième et sixième espaces, et par sa partie antérieure aux mêmes espaces, qui, on le sait, tendent en ce point à devenir horizontaux ou même obliques en haut et en avant. Cette absence de coïncidence de l'éruption, avec les mêmes espaces dans toute son étendue nous est très clairement mise en évidence par l'étude du squelette. En effet, en marquant au crayon dermatographique, sur les téguments le trajet des huitième et neuvième côtes, nous voyons que ces dernières sont très obliques. L'angle que ces côtes forment avec l'horizontale, dans leur deux tiers postérieurs n'est pas inférieur à 45° ou 50°. Vers leur partie antérieure, et surtout dans la partie du grilcostal formée par les cartilages costaux correspondants, ces espaces deviennent horizontaux et même obliquement ascendants. Or chez ce malade, l'éruption forme une bande rectiligne et croise d'arrière en avant les 8°, 7°, 6° espaces intercostaux.

L'éruption est formée de placards de dimensions extrêmement variables ; les grands sont confluent ; les petits, disséminés à la périphérie des premiers, sont les uns isolés, distincts, séparés par des espaces de peau saine, quelques autres sont pourtant également confluent.

Sur un fond rouge vif constitué par des placards érythémateux, qui font une très légère saillie, à peine apprê-

ciable et sans limites nettes se dessinent les vésicules caractéristiques. Elles sont très nombreuses, les unes extrêmement petites, à peine visibles à l'œil nu et dont on ne peut voir les détails qu'à la loupe ; d'autres moins petites ont le volume d'un grain de millet ; les plus volumineuses présentent les dimensions d'un grain de chenevis. Leur centre est aplati ou déprimé. On en voit un certain nombre qui, devenues confluentes, sont très larges et forment par leur union des soulèvements épidermiques assez étendus, puisqu'ils atteignent un centimètre et demi à deux centimètres de diamètre.

Quelques-uns de ces larges soulèvements épidermiques ont une coloration violacée, brunâtre ce qui est dû à ce que leur contenu est hémorrhagique.

Les grands placards forment une trainée large de deux travers de doigt et presque continue. Au-dessus et au-dessous on voit des vésicules isolées et même quelques plaques érythémateuses sans trace de vésiculation, et qui, par suite, sont des lésions frustes. En somme, dans sa plus grande largeur ce zona atteint neuf à dix centimètres.

Vésicules aberrantes. — Dans le creux de l'aisselle droite une vésicule large comme un grain de chenevis, blanche, nacrée, à surface lisse, un peu aplatie est entourée d'une aérole érythémateuse dont le diamètre est de six millimètres.

Sur la moitié gauche de la face dorsale du tronc, vers sa partie supérieure nous constatons une vingtaine de vésicules, isolées, très petites, en voie de développement ; et, de plus, sur le côté droit quelques macules rouges, à peine saillantes.

Tout près de la fesse droite et un peu au-dessus d'elle une vésicule complètement développée est très voisine d'une autre non moins nette, qui est survenue dans la région sacrée.

Sur la face antérieure du thorax nous trouvons trois ou quatre vésicules à gauche de la ligne médiane.

L'examen du thorax ne nous montre, chez ce malade, aucun indice de tuberculose pulmonaire ; et malgré les troubles cérébraux, il paraît jouir d'un assez bon état général. Aucune altération fonctionnelle n'est à noter du côté de la moelle.

Les troubles sensitifs, qui accompagnent l'éruption, consistent uniquement en douleurs spontanées modérées mais que toute pression et même tout contact exagèrent considérablement.

Le 15 : Un certain nombre de vésicules du zona intercostal sont transformées en croûtes sèches, brun-noirâtres. Par points l'éruption est à peu près guérie,

Un peu au-dessous de la partie moyenne de la crête iliaque droite nous trouvons une nouvelle vésicule ; elle n'existait pas lors de notre premier examen. Dans un point à peu près symétrique, à gauche, nous trouvons une vésicule semblable.

Outre ces vésicules nouvellement apparues, nous retrouvons facilement des traces de celles qui existaient antérieurement.

Le 16 : De nouvelles vésicules aberrantes se sont encore développées ; nous en trouvons deux, distantes l'une de l'autre de 1 centimètre. Elles sont situées sur la face interne du bras droit. Au pli du coude il en existe une, toute récente, et une autre, de même âge, sur la face postérieure de l'avant-bras, vers la saillie olécranienne.

Sur les téguments qui tapissent la face antérieure du muscle grand pectoral gauche nous remarquons encore deux vésicules qui n'existaient pas hier.

Le cou et la tête sont complètement indemnes. Toutes ces vésicules sont disposées sans aucun ordre ; bien qu'il y ait peut-être une certaine symétrie dans la disposition de

quelques-unes, elles n'affectent aucun rapport évident avec le trajet des filets nerveux.

Le 21 : Le malade est à peu près complètement guéri. De son zona intercostal il ne reste plus que de la rougeur, un peu de desquamation et d'assez nombreuses cicatrices déprimées, violacées.

Les vésicules aberrantes ont également, pour la plupart disparu. Quelques-unes pourtant persistent encore sous forme de croûtes.

A aucun moment nous n'avons pu, chez ce malade, constater le moindre engorgement des ganglions axillaires ; le malade n'a, d'ailleurs, éprouvé aucune douleur dans le creux de l'aisselle droite. Nous n'avons rien remarqué d'anormal dans la région inguinale du même côté.

En recherchant les troubles de la sensibilité qui ont persisté chez ce malade après la disparition des vésicules et la cicatrisation des ulcérations nous sommes arrivé aux résultats suivants :

La sensibilité à la douleur est augmentée ; le moindre pincement de la peau, du côté droit, cause à cet homme une sensation très désagréable de brûlure ; à gauche, au contraire, la sensibilité est normale et une excitation identique ne produit aucune douleur.

La sensibilité à la température paraît normale, le malade distingue très bien le contact d'un objet froid et celui d'un objet chaud.

Les pointes du compas sont perçues distinctes avec un moindre écartement à droite qu'à gauche.

Le 22, le malade sort de l'hôpital en très bonne voie de guérison.

REFLEXIONS. — Nous ne voulons pas insister ici sur les motifs pour lesquels le diagnostif du zona a été porté chez ce malade. Le cas est tellement typique qu'aucune objection ne peut à notre avis être élevée contre ce diagnostic. Malgré les troubles cérébraux que présente cet homme

nous sommes également persuadés qu'il s'agit d'un zona idiopathique. Aucune lésion pulmonaire ni pleurale n'a été constatée ; le malade n'a jamais eu de pleurésie ni d'affection permettant de soupçonner chez lui la tuberculose. Aucun symptôme médullaire n'ayant été observé, nous ne pouvons supposer qu'il s'agisse d'une lésion de la moelle épinière avec zona secondaire. Les reflexes rotuliens, plantaires, crémastériens sont conservés et non exagérés ; la sensibilité est intacte aux membres inférieurs. Les mouvements de la marche sont normaux.

Ce qu'il y a dans cette observation de bien intéressant c'est la série de poussées successives de vésicules aberrantes que nous avons constatées. Lorsque le 11 octobre, nous voyons le malade pour la première fois, Fr... G. est déjà porteur d'un grand nombre de vésicules aberrantes. Le 15, quelques-unes de ces vésicules constatées au premier examen ont déjà disparu et de nouvelles se sont développées. Le 16, nouvelle poussée de quatre ou cinq vésicules. Comme le siège exact de chacun de ses éléments éruptifs aberrants a été soigneusement noté, aucune erreur n'a pu être commise.

Dans nos trois premières observations, nous avons remarqué que ces vésicules ne paraissaient pas avoir toutes le même âge, mais il ne nous avait pas été donné de suivre jour pour jour le développement de vésicules nouvelles.

Comme dans les cas précédents, nous ferons remarquer que ce zona, sans avoir l'étendue de ceux que nous avons observés à la région cervicale, n'en était pas moins assez étendu.

Les principaux caractères de cette observation nous permettent de l'intituler : Zona intercostal assez étendu avec vésicules aberrantes développées par poussées successives.

IV

Zonas sans vésicules aberrantes

Nous allons maintenant comparer les cas précédents de zona, positifs en ce qui concerne l'existence des vésicules aberrantes aux observations dans lesquelles nos recherches les plus soigneuses, en ce qui concerne l'existence de ces éléments, sont restées vaines.

Nous ne pouvons encore sur ce point publier que nos observations ; jusqu'à ce jour M. Tenneson seul a signalé l'existence des vésicules aberrantes, mais il n'a à notre connaissance publié aucune observation analogue aux cas suivants. Quant aux autres auteurs, ils ne connaissaient pas le symptôme ou du moins ils n'en faisaient pas mention ; à plus forte raison ils ne pouvaient rechercher la négative.

OBSERVATION V (Personnelle)

Zona brachial (Nerf brachial cutané interne)

Forthomme Théophile, âgé de 36 ans, employé, vient à la consultation de l'hôpital Saint-Louis le 20 décembre 1894. Aucun antécédent personnel ne mérite d'être noté.

Depuis quinze jours le malade est atteint d'une trachéo-bronchite, accompagnée de céphalalgie et de diminution de l'appétit.

Il y a quatre jours sur la partie interne de la face postérieure de l'avant-bras droit, à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen, le malade voit apparaître un placard rouge, sur lequel se sont rapidement développées des groupes de vésicules. Ces lésions ne sont accompagnées d'aucune douleur spontanée ; mais elles sont assez douloureuses à la pression.

Deux jours après, apparition d'autres groupes de vésicules et, en même temps, de douleurs vives, continues qui durent et le jour et la nuit au point d'être une cause d'insomnie presque complète.

Le 20 décembre 1894 : Dans le creux axillaire, au-dessous du bord inférieur du muscle grand pectoral ; on voit six petites taches rouges, légèrement saillantes, un peu acuminées ; le centre de presque toutes est occupé par une petite vésicule.

Sur la partie interne de la face antérieure du bras, au-devant du biceps, à deux travers de doigt au-dessous de l'insertion du grand pectoral, il y a un petit groupe de huit vésicules très rapprochées, entourées chacune d'une aréole rouge. Les vésicules sont discrètes et les aréoles elles-mêmes sont séparées par de minces lignes de peau saine.

Un peu au-dessus du pli du coude, on voit un autre groupe formé d'une dizaine de vésicules jaunâtres, cohérentes, entourées d'une aréole érythémateuse. La largeur de la lésion est de 3 centimètres environ. Les plus grosses vésicules ont le volume d'un grain de chènevis.

Au niveau même du pli du coude, on voit quelques vésicules isolées.

Sur la face interne du bras, le long d'une ligne étendue de l'épitrachlée au sommet du creux de l'aisselle, il y a trois petits groupes de vésicules, dont les caractères sont identiques à ceux des précédentes.

Un peu plus en arrière, il y a une vésicule isolée ; en

arrière de l'épitrachlée un autre petit groupement d'éléments herpétiformes.

Sur la face antérieure de l'avant-bras, suivant une ligne verticalement descendante on voit encore une série de petits groupes de vésicules ; quelques-unes de celles-ci sont déjà transformées en croutelles d'un jaune brunâtre.

De la partie moyenne de l'avant-bras, part obliquement en bas et en dehors, en contournant la face postérieure au membre, une série d'autres petits placards éruptifs dont les dimensions ne dépassent pas 2 centimètres de diamètre.

L'examen du reste de la surface du corps ne permet de découvrir ni vésicule, ni macule rouge, érythémateuse, ni croutelle indiquant l'existence actuelle ou antérieure d'aucune vésicule aberrante.

Le 23 décembre. — Nous recherchons de nouveau s'il y a ou non des vésicules aberrantes ; notre recherche n'est pas plus fructueuse qu'il y a trois jours.

Le 26 décembre. — Le malade est à peu près guéri ; aucune vésicule ne siège sur le corps. Donc nous concluons que ce zona n'a pas été accompagné du développement de vésicules aberrantes.

OBSERVATION VI (personnelle)

Zona lombo-inguinal

Le nommé Balot Albin, âgé de 54 ans, boulanger, n'a eu aucune maladie antérieure et nous devons le noter spécialement, il a été très bien portant pendant les 15 jours qui ont précédé l'apparition de son affection actuelle.

Il y a huit jours il a éprouvé une douleur vive, d'abord

à l'épaule, puis à la région lombaire du côté gauche. Après trois jours ont apparu des taches rouges d'abord sur la hanche ; puis en avant et en arrière de celle-ci d'autres taches se sont développées bientôt. Les vésicules existaient deux ou trois heures après le début de la rougeur.

Depuis, les douleurs ont pris un caractère de cuisson vive.

Le 15 janvier 1895. — Sur la moitié gauche de la région lombaire, sur le flanc gauche, et dans la région ilio-inguinale : de nombreux placards rouges, isolés, forment une bande large de 4 centimètres au niveau de la région lombaire, de 7 ou 8, au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure, et une mince traînée dans le pli de l'aîne.

Chaque placard ne dépasse guère le diamètre d'une pièce d'un franc ; la plupart sont de moindres dimensions ; ils sont surmontés de nombreuses vésicules très rapprochées ; il existe aussi des vésicules isolées.

La rougeur est intense, vive, s'accompagne d'un léger épaissement du derme. Sur ces plaques rouges, saillantes, les vésicules ont le volume d'une grosse tête d'épingle. Elles sont remplies d'un liquide clair, citrin.

Nous recherchons inutilement sur le reste du corps l'existence de vésicules aberrantes ; nous ne trouvons ni tache érythémateuse, ni vésicule, ni croûte, ni cicatrice en dehors de la région lombaire-inguinale.

Le 18 janvier. — Cette même recherche reste vaine.

Le 22 janvier. — Bien que le malade éprouve encore des douleurs vives, le zona est en voie de disparition, nous ne trouvons pas de vésicules aberrantes.

OBSERVATION VII (personnelle)

Zona génital

Piedr. Alex., 37 ans, employé de commerce, aurait eu, il y a un mois, de l'eczéma sur les membres inférieurs. De plus il est très sujet aux maux de gorge.

L'éruption pour laquelle il vient consulter est apparue il y a quatre jours. Pendant les huit jours précédents, le malade avait éprouvé des douleurs cuisantes dans la région où l'éruption s'est manifestée. Il nous paraît bon de noter que c'est sur les parties génitales que l'éruption s'est développée en dernier lieu.

Etat actuel (2 Février). — Sur la fesse gauche nous voyons trois placards rouges, surmontés de vésicules ou de croûtelles assez nombreuses. Sur la partie inférieure et interne de la même fesse il y a une large plaque, dont les dimensions sont 10 centimèt. ; elle est surmontée de nombreuses croûtes brunâtres, et de vésicules encore translucides.

Sur la face postérieure de la cuisse il y a aussi de nombreuses vésicules qui reposent sur une base érythémateuse. La plupart sont discrètes. L'éruption s'arrête au milieu de la cuisse et va décroissant de haut en bas.

Sur le périnée on voit la plaque de la fesse s'avancer jusqu'au voisinage du scrotum.

Sur le scrotum et sur la moitié gauche de la verge, il y a quelques croûtelles recouvrant, ou non, des ulcérations. Il n'y a pas de rougeur en ces derniers points.

Les troubles de la sensibilité sont peu marqués.

Les vésicules aberrantes n'existent pas.

Le 4 Février. — Les lésions tendent à disparaître. Nous

recherchons inutilement sur tout le corps des traces de vésicules aberrantes ; nous n'en trouvons pas.

Le 8 Février. — Le malade est guéri presque complètement.

OBSERVATION VIII (Personnelle)

Zona de l'épaule

Petell... Constance, 16 ans, tailleur, n'a eu aucune maladie antérieure.

Le 25 décembre. — Apparition sur la partie la plus supérieure de la face externe du bras droit, au niveau du tiers inférieur du muscle deltoïde, d'une large tâche rouge, sur laquelle se développent bientôt des nombreuses vésicules. La largeur de la lésion est de 4 centimètres ; en hauteur elle a 3 centimètres. Les vésicules sont assez serrées ; mais discrètes pourtant ; entre chacune d'elles on voit le fond érythémateux que forment les téguments.

En même temps est apparue sur la face postérieure de l'épaule du même côté, immédiatement au-dessous de la partie moyenne de l'épine de l'omoplate un placard analogue au précédent, de forme irrégulièrement ovulaire, mesurant 5 centimètres de haut sur 3 cent. de large. Comme le précédent, ce placard est caractérisé par de la rougeur et par de nombreuses vésicules, du volume d'un grain de mil à celui d'une petite lentille.

La malade nous apprend qu'avant l'apparition de l'éruption elle a ressenti des démangeaisons puis des douleurs vives dans le bras et le dos aux points où les plaques ont apparu.

Nous ne constatons aucune vésicule aberrante. — Les

jours suivants le zona suit son évolution et se termine rapidement par la guérison. Tous les deux jours nous avons recherché l'existence de vésicules sur toute l'étendue du corps ; nous n'avons jamais constaté le moindre indice.

Réflexions. — Dans les quatre observations que nous venons de relater, les vésicules aberrantes ont constamment fait défaut. On nous objectera peut-être que nos examens n'ont pas été quotidiennement répétés. Nous répondrons que l'intervalle entre deux explorations successives a toujours été moindre que la durée de l'évolution d'une vésicule d'herpès zoster. Nous avons du reste, plus haut, prévu l'objection. Il résulte donc de ces quatre dernières observations que l'existence des vésicules aberrantes n'est peut-être pas aussi constante que le pense M. Tenneson. La proportion de neuf fois sur dix qu'il admet, tombe d'après nos observations à une fois sur deux, puisque sur huit observations nous avons trouvé quatre fois des vésicules aberrantes. Il est vrai, nous le répétons encore, les cas observés par nous ne sont pas assez nombreux pour servir de base à une statistique par trop rigoureuse. Aussi nous n'insisterons pas davantage sur ce point secondaire.

Mais là où nous pouvons conclure sans crainte, en prenant argument de nos malades, c'est en affirmant que les vésicules aberrantes signalées par M. Tenneson pour la première fois existent indiscutablement et même sont très-fréquentes.

Nous tenons aussi à faire observer que nous nous avons surtout rencontré ces vésicules dans des zonas très étendus. D'où nous pouvons, par suite, avancer que l'existence des éléments aberrants nous paraît être la règle dans les vastes zoster ; que ces vésicules font défaut assez souvent dans les zonas de moyenne intensité, qu'elles manquent en général dans les très petits zonas.

V

Diagnostic du Zona avec vésicules aberrantes

Les zonas avec vésicules aberrantes constituent un type clinique bien distinct de toutes les autres formes d'herpès zoster en particulier des herpès généralisés que nous trouvons décrits par les auteurs.

Nous ne parlerons pas des différences qui séparent ces zoster de la dermatite herpétiforme de Duhring, des herpès gestationis et des érythèmes polymorphes vésiculeux ; entre ces affections et celle que nous étudions, il n'y a rien de commun et l'hésitation n'est pas possible.

Mais nous voudrions montrer en quoi les zonas à vésicules aberrantes diffèrent des éruptions décrites à tort ou à raison par les auteurs sous le nom de zonas généralisés.

Nous dirons tout d'abord que l'observation personnelle que M. Boulland a publié en 1888 dans sa thèse sous le nom de : « *Zona bilatéral compliqué d'herpès généralisé* », nous paraît devoir rentrer dans le cadre des zonas avec vésicules aberrantes. Dans cette observation, il s'agit d'une femme, qui présentait en même temps qu'un zona des 9^e, 10^e et 11^e espaces intercostaux une éruption de vésicules d'herpès disséminées sur diverses parties du corps : côté droit de l'abdomen, partie antérieure des cuisses, seins, bras droit, commissure labiale gauche. Ces vésicules étaient isolées et

largement séparées les unes des autres. Il nous semble que cette observation ressemble absolument à celles que nous étudions : Zona intercostal très étendu, nombreuses vésicules aberrantes disséminées sur le tronc, les membres et la face.

Quant aux autres zonas, non limités à un ou plusieurs nerfs du même plexus, ce sont en général des éruptions zostériennes existant d'une part sur une partie des téguments ; d'autre part sur une région cutanée parfaitement déterminée. En somme la malade a deux zonas au lieu d'un seul. Telles sont les observations du zona lombaire double publiées par Fox ; de zona ophtalmique double, que Augagneux a publié dans le *Lyon-Médical* en 1884 ; le cas d'herpès zoster facial et génital de Epstein ; le zona bilatéral du cou, rapporté par Fing et observé chez une femme de 60 ans. Dans aucun de ces cas nous ne voyons réunis d'une part un zona parfaitement caractéristique et d'autre part des vésicules disséminées sur tout le corps, sans aucun rapport avec les distributions nerveuses.

Nous avons à propos de chacune de nos observations, fait le diagnostic des vésicules aberrantes avec l'acné trouvé chez un de nos malades, avec l'ecthyma furonculaire survenu secondairement chez un autre. Nous n'y reviendrons pas ; du reste les caractères différentiels de ces affections éruptives sont indiquées dans les plus élémentaires traités de dermatologie.

En résumé le diagnostic de ces vésicules est très facile ; il repose sur :

1^o L'existence en un point donné du corps d'un zona

typique, ordinairement assez étendue pour qu'aucune hésitation ne soit possible.

2° L'identité objective des vésicules qu'on trouve disséminées sur le corps avec les vésicules du zona.

Rappelons enfin qu'il n'y a aucune ressemblance entre nos observations et celles que M. Hallopeau, professeur agrégé a récemment publiées dans les Annales de Dermatologie et intitulées : « *Fièvre herpétique ou zona* ».

VI

Importance des vésicules aberrantes pour expliquer l'étiologie et la pathogénie du zona.

Valdettars a fait des recherches bactériologiques sur les éléments cutanés du zona et ses conclusions sont les suivantes ; Il existe dans le zoster des éléments infectés et des éléments non infectés ; ces derniers sont stériles, tandis que les premiers fournissent des cultures de staphylococcus doré. Valdettars déduit de ces faits très précis que l'infection septique est indépendante du processus zostérien, qu'il s'agit là de deux maladies distinctes. Nous approuvons pleinement cette manière de voir.

D'un autre côté Pfeiffer et après lui Wasilevoski après avoir montré que les théories en cours sur le zona sont la théorie infectieuse soutiennent une théorie parasitaire. Ces auteurs admettent l'existence dans les vésicules zostériennes de protozoaires, qu'ils n'ont pu cultiver, ni inoculer et s'appuient sur l'existence de ces protozoaires par trop chimériques pour expliquer l'épidémicité, les symptômes généraux et les adénopathies. Or si nous nous rapprochons nos observations de cette théorie du Pfeiffer nous ne pouvons guère mettre ce dernier auteur d'accord avec les idées de la grande majorité des dermatologistes.

Sans insister sur ce point, qu'il est bizarre de voir un

parasite se localiser presque toujours à une moitié du corps et dans cette moitié à certaines parties bien déterminées, il est difficile de comprendre comment chez certains individus nous avons pu voir apparaître simultanément des vésicules zostériennes et de l'ecthyma furonculaire, celui-ci résultant d'une auto-inoculation. Si le malade avait pris en même temps et des staphylocoques et des parasites du zona pour se les inoculer en différentes parties du corps, comment certains éléments développés à la suite auraient-ils contenu le parasite seul, tandis que certains autres auraient renfermé le staphylocoque isolé ? Pourquoi n'aurions-nous pas vu naître une infection mixte mariant l'agent parasitaire au microbe ? Il nous semble plus logique d'admettre que le zona s'il est une maladie infectieuse, comme beaucoup le croient aujourd'hui, résulte d'une infection générale de l'économie et qu'il n'est nullement produit par l'action d'un agent pathogène quelconque développé directement dans la peau.

Nous avons déjà indiqué à propos des considérations étiologiques et pathologiques notre manière de concevoir le zona comme maladie infectieuse générale. Nous ne pouvons ici passer sous silence le rapport qu'il peut y avoir entre nos idées personnelles et les recherches de Valdehans. Cet auteur trouve en effet deux sortes d'éléments dans le zona : les uns stériles ; les autres contenant le staphylocoque survenu secondairement, car nous-mêmes constatons que l'auto-inoculation de ce germe septique produit de l'ecthyma.

Mais alors d'où proviennent dans le zona les vésicules si elles sont normalement libres de tout microbe ou para-

site ? D'une irritation inflammatoire ; et nous retombons sur la cause universellement admise de la vésico-pustulation. D'autre part le docteur Bourgeron estime que l'irritation inflammatoire, qui préside à la formation des vésicules d'herpès ordinaire, est produite par une élimination, soit de microbes, soit de ptomaines engendrées par l'économie sous les influences qui font éclore l'herpès. Mais aujourd'hui, avec les récents progrès de la science, ne convient-il pas d'incriminer, en place du microbe, la toxine, produit du microbe lui-même ou tout au moins sécrétion réactionnelle de l'organisme en puissance d'infection. Transportons cet avis de l'herpès ordinaire à l'herpès zona et notre hypothèse paraît fort gagner en vraisemblance. Alors comment interpréterons-nous la présence des vésicules aberrantes ? Ces vésicules deviennent les sûrs garants d'une infection étendue à toute l'économie, mais dont l'effet presque nul ailleurs, porte surtout sur un département nerveux de moindre résistance, affaibli par une cause quelconque.

CONCLUSIONS

I. — Comme l'a démontré M. Tenneson, il est fréquent d'observer, chez les malades atteints de zona aigu, des vésicules isolées, disséminées sur tout le corps, peu nombreuses, séparées les unes des autres par de larges intervalles de peau saine. Ces vésicules comme celles du zona appartiennent au type herpès.

II. — Elles seraient presque constantes dans les zonas très étendus, fréquentes dans ceux de dimensions moyennes, rares dans ceux de dimensions exiguës.

III. — Elles se développent sans être accompagnées ordinairement d'aucun symptôme fonctionnel et évoluent sans aucune complication.

IV. — L'aspect des éruptions, composées d'un zona typique localisé en un point donné et d'autre part de vésicules peu nombreuses disséminées sur le reste du corps, est absolument caractéristique et la confusion n'est possible avec aucune autre éruption cutanée.

V. — L'existence des vésicules aberrantes dans le zona fournit un argument de plus aux auteurs, qui font du zona une maladie infectieuse générale. Nous nous rallions à cette opinion.

Moliné

VI. — Par contre la constatation de ces mêmes vésicules nous paraît être un argument qui infirme complètement la théorie parasitaire et relègue pour le moins au second plan la théorie nerveuse.

Vu :

Le Président de la Thèse,
FOURNIER.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Augagneur.* — Zona du cou (Lyon médical 1884).
- Barthélemy.* — Adénopathie zostérienne (Annales de dermatologie et de syphiligraphie ; novembre 1891 et Janvier 1892).
- Berbez.* — Revue générale sur le zona (Gazette des hôpit. 1892).
- Berlioz.* — Manuel pratique des maladies de la peau.
- Boinet.* — (Annales de dermatologie, novembre 1892).
- Bouland.* — Du zona bilatéral compliqué d'herpès généralisé (Thèse de Paris 1888).
- Boulanger Lucien.* — Contribution à l'étude de la fièvre zoster (Thèse de Paris 1885).
- Brocq.* — Traitement des maladies de la peau.
- Charcot.* — Note sur quelques affections de la peau dépendant d'une influence du système nerveux (Journal de physiologie, Paris 1859, t. II p. 108).
- Comby.* — Zona chez l'enfant (France médicale 16 Juin 1885).
- Epilein.* — Herpès zoster facial et génital (Wierteljahr für dermat und syph. 1886).
- Fing.* — Zona bilatéral du cou (Bristich méd. Journ. Janvier 1885).
- Fox.* — (Journal of contaneous and venereal discases 1890).
- Guérin.* — Zona ophtalmique (Thèse de Paris 1883).
- Henoch.* — Pemphigus et herpès zoster (Charité Annalen, XIV p. 610).

Knævagel. — Nature infectieuse de l'herpès (Allg. méd. Leit, 17
Décembre 1887).

Landouzy. — (Semaine médicale, 20 sept. 1883).

Makenzie. — Herpès zoster et plexus nerveux (Journal of patho-
logie and bactériol, I, 3, 1892).

Neumann. — Traité des maladies de la peau. Edition française.

Potain. — Sur un cas de zona intercostal (Médecine moderne 1894).

Tenneson. — Traité clinique de dermatologie, 1893, page 116).

Vulpian. — (Archives de dermatologie, 1882 t. III, 2^e série
p. 23).

Wasilevski. — Nature infectieuse du zona (Iéna 1892).

